

comme la troisième période de l'iritis, ne sont pour Ricord que des pustules nées sur l'iris. Cette doctrine est très-acceptable, car on aperçoit assez souvent les pustules iriennes. Ces abcès peuvent s'ouvrir dans les chambres antérieure et postérieure, et donner lieu à des accidents, dans le détail desquels nous ne pouvons entrer ici. Virchow donne le nom d'*iritis gommeuse* à ces excroissances tuberculiformes que l'on désigne sous le nom d'*exsudations*, d'*épanchements*, de *condylomes* de l'iris.

En même temps que ces caractères objectifs, l'iritis présente des symptômes fonctionnels : du larmolement, de la photophobie, des douleurs sourdes, quelquefois assez vives. Ces douleurs paraissent siéger dans le fond de l'œil ; dans d'autres cas, elles suivent le trajet du nerf sus-orbitaire ; tout un côté du front est très-douloureux, et assez souvent même la douleur s'exprime d'une façon fort vive au sommet de la tête et du côté malade. On observe aussi quelques phénomènes généraux ; cependant la fièvre, dans l'iritis syphilitique, est moins vive que dans l'iritis non spécifique. Cette marche du mal, plutôt subaiguë que réellement aiguë, est précisément un des caractères diagnostiques de l'iritis syphilitique.

Ce *diagnostic* repose sur les antécédents, les symptômes concomitants et la marche un peu chronique de l'affection, bien plus que sur la prétendue spécialité de la déformation et sur l'existence du cercle cuivré, caractère qui n'est pas constant, comme on peut s'en assurer tous les jours.

Le *pronostic* de l'iritis syphilitique n'est pas très-sérieux, mais cet accident, mal traité, peut laisser des déformations de l'iris, des adhérences à la capsule cristalline ; un abcès peut se développer, et l'œil même se perdre. On a considéré l'iritis comme d'autant plus grave, qu'elle existait avec une syphilide plus avancée, une syphilide pustuleuse, par exemple.

On devra recourir à un *traitement* actif par le mercure à dose élevée, mais fractionnée de façon à obtenir promptement la salivation, qui rend toujours ici de grands services. Les émissions sanguines locales seront aussi utiles ; et si les phénomènes généraux étaient intenses, on pourrait même recourir à une saignée. En outre, nous conseillons de faire des onctions autour de l'orbite avec l'onguent mercuriel belladonné, et, pour s'opposer aux adhérences de l'iris, d'instiller souvent dans l'œil un collyre au sulfate d'atropine.

8° Des lésions du tissu cellulaire (tumeurs gommeuses).

Nous avons déjà, en parlant de la syphilide tuberculeuse, étudié les tubercules cutanés de la vérole. Si ces masses se déposent dans l'épaisseur du tissu cellulaire, on les décrit sous le nom de *gommés*, à cause de l'aspect gommeux de la matière ramollie qu'elles renferment à une certaine époque de leur développement.

HISTORIQUE. — Les tumeurs gommeuses ont été observées à une époque déjà bien éloignée de nous. Fracastor, en 1536, parle de tumeurs des membres d'où s'écoulait un liquide visqueux ; et depuis lors ces tumeurs

ont été particulièrement étudiées par Van Swieten, Astruc, John Hunter ; Cullerier (*Dict.* en 60 vol.) ; Lagneau (*Dict.* en 21 vol., article GOMMES) ; Ricord, Cazenave, Virchow, Verneuil et Robin. On trouvera une histoire assez complète des tumeurs gommeuses dans deux thèses soutenues récemment devant la Faculté de Paris, l'une par Thevenet (*Étude et considérations pratiques sur les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire*, 1858, n° 165), l'autre par Van Oordt (*Des tumeurs gommeuses*, 1859, n° 44). Ce dernier auteur a fait connaître sur ce sujet des recherches histologiques de Robin, jusque là inédites.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tumeur gommeuse est un accident tardif de la vérole. Dans le cas de syphilis acquise, Ricord croit qu'on ne l'observe ordinairement qu'un an après l'infection ; on la voit plus souvent après dix, quinze et vingt années. Elle se montre rarement dans le jeune âge.

Au point de vue de leur développement, les gommés présentent trois périodes : 1° de formation ; 2° de ramollissement ; 3° d'ulcération. Elles se manifestent d'abord sous la forme de tumeurs dures, tantôt adhérentes à la peau et à la muqueuse par une sorte de pédicule, tantôt, au contraire, libres sous les téguments ; elles sont ordinairement indolentes, et la pression même ne réveille aucune douleur ; quelquefois cependant elles sont douloureuses par suite de la compression de quelques filets nerveux, comme l'a noté Van Oordt dans une de ses observations. Ces tumeurs se ramollissent peu à peu et en même temps adhèrent à la peau, qui elle-même bientôt rougit, s'amincit et finit par se perforer. Il y a issue d'un liquide ichoreux mal lié, de consistance gommeuse ; les bords de l'ulcération sont amincis, décollés, et la suppuration persiste tant que toute la tumeur n'est pas éliminée. Il peut arriver qu'au lieu d'une seule ouverture il y ait cinq ou six petites perforations qui occasionnent des fistules d'une durée fort longue. Les tumeurs gommeuses suppurées laissent après elles des cicatrices blanches et déprimées, qui succèdent elles-mêmes à des maculatures livides. Ces gommés sont plus ou moins nombreuses, quelquefois tout à fait isolées : on a vu des malades en présenter une seule. Cazenave en a observé cinquante sur un même malade ; j'ai examiné un syphilitique dont le tissu cellulaire en était parsemé, et il en existait à tous les degrés de développement. Elles peuvent se rencontrer sur toute la surface du corps, sur les bras, sur les épaules. On les observe souvent dans l'épaisseur des lèvres, des joues, dans la cavité buccale, dans le voile du palais, dans la langue, etc. ; on en trouve aussi au scrotum. Dans cette région elles pourraient donner lieu, à une certaine époque de leur évolution, à des erreurs de diagnostic, erreurs contre lesquelles Ricord a essayé de prémunir les chirurgiens. On voit encore des tumeurs gommeuses dans l'intervalle des fibres musculaires, dans des glandes, le sein, le pancréas (Verneuil), dans le cerveau, etc.

Outre les symptômes qui appartiennent aux tumeurs gommeuses, étudiées d'une manière générale, nous observerons quelques signes particuliers au siège qu'elles occupent : ainsi les gommés qui avoisinent la tra-

chée donnent lieu à des phénomènes de compression pour lesquels on a quelquefois pratiqué la trachéotomie. Nous parlerons, en traitant des périostoses, de certaines gommés qui ont leur siège dans le périoste.

Le développement brusque des tumeurs gommeuses dans le tissu cellulaire a fait considérer à quelques auteurs ce tissu comme le siège unique des tumeurs gommeuses : c'est l'opinion de Cazenave. Robin, au contraire, les considère comme une production d'une texture particulière, presque spécifique, quoique les éléments anatomiques qui les composent se rencontrent soit dans des tissus sains, soit dans des tumeurs d'espèces différentes. Virchow les regarde comme produites originairement par la prolifération des éléments du tissu conjonctif normal. Quant au développement ultérieur de la gomme, il peut, dit-il, se faire de deux manières : ou bien la formation cellulaire prend le dessus, et alors la substance intercellulaire devient rapidement molle, gélatineuse, muqueuse ou fluide ; la masse de la tumeur se fond pour ainsi dire, devient puriforme, s'ouvre au dehors et s'ulcère (gommés du tissu cellulaire sous-cutané) ; ou bien elle reste gélatineuse et conserve une certaine cohérence (gommés du périoste). D'autres fois la formation cellulaire est peu abondante, la substance intercellulaire augmente, et les cellules, après avoir pris certaines formes, deviennent graisseuses : c'est ainsi que se forme la nodosité sèche et jaune (le tubercule) des organes internes.

Des recherches importantes sur les gommés ont été faites par Robin, et se trouvent dans la thèse déjà citée de Van Oordt (page 28). Nous allons reproduire à peu près complètement le passage où ces études histologiques sont consignées, car il ne souffrirait pas l'analyse.

« Les tumeurs gommeuses que j'ai eu l'occasion d'observer, dit-il, qui m'ont été apportées de différents hôpitaux, ou que j'ai recueillies par moi-même sur un cadavre de l'École pratique qui en présentait plusieurs, les unes petites, les autres plus volumineuses, m'ont offert les particularités suivantes de texture. Les plus petites étaient formées d'un tissu tantôt uniformément gris, demi-transparent, tantôt d'un gris rosé, avec ou sans stries grisâtres plus opaques. Le tissu était d'une consistance comparable à celle du foie un peu induré ; il était friable et se déchirait sans présenter d'aspect filamenteux, si ce n'est sur la surface, où il se confondait peu à peu avec le tissu cellulaire ambiant ; dans un cas, en particulier, il écartait les faisceaux du deltoïde, vers le bord interne duquel la tumeur était placée : cette transition d'un tissu à l'autre était d'ailleurs assez brusque, quant à l'aspect extérieur des deux tissus et quant à l'aspect filamenteux du tissu cellulaire. Les tumeurs dont il s'agit étaient constituées exclusivement de la manière suivante :

» On y trouvait beaucoup de cytoblastions constituant environ les sept ou huit dixièmes de la masse morbide. Ces éléments anatomiques étaient plongés dans une substance amorphe finement granuleuse. Cette matière amorphe était demi-transparente, dépourvue de granulations graisseuses. Dans cette matière il n'existait pas ou presque pas de fibres du tissu cel-

lulaire ; elles étaient isolées, non disposées en faisceaux ; çà et là étaient de rares fibres élastiques ; on y voyait aussi quelques vaisseaux capillaires ; il ne s'y trouvait qu'un très-petit nombre de noyaux ovoïdes embryoplastiques, et très-peu de corps fusiformes.

» Des tumeurs plus volumineuses, molles, sans être tout à fait diffluentes, offraient l'aspect gélatiniforme qui les a fait comparer à une matière gommeuse ; leur tissu donnait au toucher la sensation d'une matière glutineuse, sans toutefois atteindre la viscosité du mucus.

» Ce tissu demi-transparent n'offrait pas, d'une manière uniforme, cet aspect ; dans certains points il présentait des portions d'un gris jaunâtre, analogue à celui qu'aurait pu produire une infiltration de pus. Le tissu interposé, demi-transparent, gélatiniforme, était tantôt incolore, d'autres fois offrait une teinte rosée ou une teinte jaunâtre, analogue à de la gélatine mal purifiée. Dans le tissu des tumeurs offrant cet aspect se rencontraient les mêmes éléments décrits plus haut ; seulement la matière amorphe interposée aux cytoblastions et aux autres éléments était beaucoup plus abondante, plus molle, facile à écraser entre les deux lames de verre, moins granuleuse, plus transparente ; c'est à elle que le tissu devait principalement son aspect gélatineux et sa demi-transparence ; c'est à sa mollesse aussi qu'il devait sa consistance particulière. Quant aux parties jaunâtres, d'aspect purulent, elles ne renfermaient pas de pus, mais seulement de nombreuses granulations jaunâtres, de nature graisseuses, très-petites, mais abondantes et rapprochées les unes des autres.

» Ce sont des tumeurs à cette période qui, sans aucun doute, ont fait donner le nom de *gommés* à ces produits morbides.

» Quant au tissu des tumeurs plus volumineuses que les précédentes, dont il me reste à dire quelques mots, il présentait la même consistance que celle des précédentes, sans toutefois être gluant comme elles. Ce tissu offrait néanmoins la même texture, était également peu vasculaire ; il semblait proportionnellement plus riche en cytoblastions, et renfermait moins de matière amorphe ; mais son opacité et sa couleur étaient dues, sans aucun doute, à la quantité considérable de granulations moléculaires graisseuses, uniformément distribuées entre les éléments précédents. »

Le *diagnostic* des tumeurs gommeuses est ordinairement facile. Les gommés ulcérées pourraient être confondues avec certaines formes tardives de syphilides ; mais l'erreur, dans ce cas, n'offrirait aucun inconvénient. Le *pronostic* ne présente rien de particulier à signaler ; la gravité varie suivant le siège des gommés et la constitution du sujet. Le *traitement* général est le même que celui de tous les accidents tertiaires, et il suffit souvent à faire disparaître des gommés arrivées déjà à un degré très-avancé de ramollissement. Aussi le chirurgien ne devra jamais essayer d'ouvrir une gomme ramollie. On aidera à la résolution avec des badigeonnages de teinture d'iode, et les injections iodées seront très-utiles dans le cas où la gomme sera ulcérée. Quand le produit pathologique est éliminé, on

peut hâter la cicatrisation par des cautérisations légères au nitrate d'argent et un pansement avec du diachylon.

9^o Des lésions syphilitiques du testicule (sarcocèle syphilitique).

Astruc et B. Bell ont parlé du sarcocèle syphilitique, en le distinguant de l'orchite blennorrhagique. Astley Cooper, Dupuytren, ont aussi éclairci certains points de l'histoire de cette affection; mais Ricord a mieux que les autres indiqué les symptômes de ce qu'il appelle l'*albuginite syphilitique*, et il a surtout insisté sur le traitement. Nous citerons encore les travaux de Curling et Gosselin (1), Vidal (2), Rollet (3), Hamilton (4), Virchow. Ce dernier auteur, assimilant la syphilis du testicule à la syphilis du foie, du rein, etc., étudie d'abord l'orchite et la périorchite, évolutions purement inflammatoires, selon lui, qu'il sépare de l'orchite gommeuse, forme qu'il fait rentrer dans les irritations spécifiques.

Le sarcocèle se montre quelquefois avec les accidents de transition de la syphilis, mais on l'observe bien plus souvent comme accident tertiaire.

Le sarcocèle syphilitique débute par le testicule, jamais par l'épididyme. Il est quelquefois précédé de douleurs sourdes dans la région où il se développe; mais c'est là un fait exceptionnel. Au point de vue anatomique, il commence par des bandes fibreuses qui traversent le testicule; et dans quelques cas, au lieu de bandes, on observe de petits grains ou des noyaux durs, résistants, placés au milieu de la substance testiculaire; de ces noyaux, on sent partir ordinairement des rayons fibreux. Ces noyaux et ces bandes se réunissent bientôt et donnent lieu à une masse dure, homogène, résistante. A cette période, si l'on presse la tumeur, le malade ressent encore la douleur que fait éprouver la pression d'un testicule sain; mais, à un degré plus avancé, cette sensation elle-même disparaît, et le testicule est converti en une masse dure qui présente une forme allongée, caractéristique. Quelquefois il y a du liquide dans la tunique vaginale. Il est rare qu'un seul testicule soit malade; mais il est aussi exceptionnel de les voir tous deux se prendre en même temps: le second ne devient ordinairement malade qu'à une époque où l'autre est déjà frappé depuis longtemps. Les malades affectés de sarcocèle syphilitique perdent bientôt leur faculté génératrice; la sécrétion spermatique s'altère de plus en plus; le liquide excréte ne consiste qu'en une certaine quantité de mucus avec quelques spermatozoïdes altérés; enfin ces restes de spermatozoïdes finissent même par disparaître. Les désirs vénériens diminuent aussi graduellement.

(1) Curling, *Traité des maladies du testicule*, traduction et additions par Gosselin, 1857.

(2) *Du sarcocèle syphilitique* (Mémoires de la Société de chirurgie, 1851, t. II).

(3) *Mémoire sur le sarcocèle fongueux syphilitique*. Lyon, 1858.

(4) *Essay on syphilitic sarcocèle*. Dublin, 1840.

La *marche* du sarcocèle syphilitique est tout à fait chronique, et cette lésion ne guérit que sous l'influence d'un *traitement* interne: dans ce cas, il y a résolution complète, si l'affection n'était pas à sa dernière période; mais, comme à un certain degré les canalicules spermatiques disparaissent, on ne peut plus alors espérer la guérison. Ricord professe que jamais le sarcocèle syphilitique ne se termine par suppuration, et dans les cas où l'on observe du pus il l'explique par la présence d'une gomme du scrotum, ou bien encore par l'existence de tubercules développés dans l'épididyme; mais cette opinion nous paraît exagérée. Curling et Rollet ont d'ailleurs fait connaître quelques faits où la syphilis a donné lieu à un fungus bénin, sans qu'on puisse admettre dans ces cas l'explication proposée par Ricord.

Le testicule syphilitique est caractérisé histologiquement par l'exsudation d'une matière jaunée homogène, dans le parenchyme du testicule, en dehors et en dedans des tubes. Cette matière, molle d'abord, devient plus tard solide; elle se montre dans certains points isolés et se réunit en une seule masse. Cette exsudation est constituée en dehors des tubes par de la lymphe plastique, et à leur intérieur par une matière jaune renfermant un assez grand nombre de corpuscules, et présentant une certaine ressemblance avec la matière tuberculeuse. L'épididyme est rarement induré, mais il peut l'être dans quelques cas.

Le *diagnostic* de cette affection repose sur les symptômes généraux de la syphilis et les signes locaux que nous venons de signaler. Nous reviendrons sur le diagnostic différentiel de cette affection en traitant des autres tumeurs du testicule; car nous n'avons voulu ici qu'exposer en très-peu de mots l'histoire d'une manifestation de la vérole.

Le *pronostic* varie suivant les degrés de la lésion; il est également très-différent suivant la constitution des sujets. Le *traitement* est le même que celui des accidents tertiaires. On n'ampute plus aujourd'hui les testicules syphilitiques.

On doit rapprocher du sarcocèle syphilitique certaines formations spécifiques dans la glande mammaire. L'infiltration gommeuse de la mamelle n'a pas encore été bien étudiée; mais, dans les cas où l'on a pu l'observer anatomiquement, on a vu qu'elle ne différait guère des infiltrations gommeuses des testicules. J'en ai rencontré un cas sur le vivant, et le traitement spécifique a amené la guérison avec une promptitude extrême.

10^o Des lésions syphilitiques des muscles et des tendons.

Les affections des muscles dans la syphilis n'ont été positivement reconnues que depuis peu de temps. Astruc, le premier qui en ait parlé, n'en donne que de très-vagues indications, et cela dans quelques lignes seulement. Petit-Radel, Lagneau, ont bien signalé des *douleurs* et des *contractures musculaires syphilitiques*, mais il faut arriver jusqu'à Ph. Boyer pour trouver quelques observations, peu détaillées d'ailleurs, de contracture

syphilitique. Cependant ces faits étaient peu connus ou même oubliés, quand Ricord éveilla définitivement l'attention sur ce point, et fit publier, en 1842, dans la *Gazette des hôpitaux*, plusieurs observations de contracture syphilitique. Mais c'est à Bouisson (de Montpellier) que nous devons le travail le plus complet sur les *tumeurs syphilitiques des muscles* (1), et nous lui emprunterons quelques éléments de notre description. La syphilis se manifeste sur le système musculaire par trois signes : des *douleurs*, des *contractures* et des *tumeurs*.

1° *Douleurs syphilitiques*. — Elles sont très-communes et s'observent surtout, d'après Bouisson, dans les syphilis invétérées. Ricord en fait, avec raison selon nous, un accident plus précoce, car il regarde certaines douleurs *rhumatoïdes* syphilitiques comme musculaires, et ces douleurs sont un des premiers symptômes secondaires. Quoi qu'il en soit, ces douleurs se réveillent par l'action de la chaleur, et sont surtout circumarticulaires; elles siègent autant sur le trajet des tendons que sur celui des muscles. Elles sont vagues, multiples et mobiles. Lorsqu'elles deviennent, au contraire, fixes et persistantes, elles sont alors l'expression d'une syphilis plus ancienne et le premier phénomène d'une contracture.

2° *Contracture syphilitique*. — Elle appartient évidemment à la période tertiaire et diffère des phénomènes précédents autant que diffèrent entre elles les premières et les dernières manifestations de la syphilis. En effet, ce sont, d'une part, des symptômes légers, multiples, généralisés; de l'autre, une détermination morbide plus fixe, plus profonde et plus grave. La contracture affecte une prédilection remarquable pour certains muscles, et le biceps est un de ceux où on l'observe le plus souvent. Ricord a plus d'une fois signalé la plus grande fréquence des contractures dans les muscles fléchisseurs, surtout dans ceux de l'avant-bras. Les muscles sphincters de l'anus et du vagin seraient, au contraire, le siège d'élection de ces phénomènes morbides, pour Bouisson, qui confond sans doute ici la contracture syphilitique avec le spasme dû au voisinage d'une ulcération vénérienne.

Les premiers symptômes de la contracture sont des douleurs nocturnes comparables aux douleurs ostéocopes. Les mouvements ni la pression ne réveillent une sensibilité bien vive. On ne perçoit dans les muscles malades que de la dureté et de la roideur, sans aucune modification extérieure appréciable. Selon Notta (2), la portion tendineuse du muscle est plus affectée que la portion charnue, et c'est aux dépens de la première que se fait le raccourcissement, tandis que la seconde conserve sa longueur et sa contractilité. Mais il vaut mieux croire, avec Bouisson, que c'est le contraire qui a eu lieu, si l'on tient compte de la dureté et de la roideur que l'on constate sur le vivant dans la portion charnue du muscle, et si l'on rapproche ces phénomènes de ceux qu'on observe dans la myosite.

(1) *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. I, p. 527.

(2) *Sur la rétraction musculaire syphilitique* (*Archives de méd.*, déc. 1856).

3° *Tumeurs syphilitiques*. — On ne peut distinguer trois degrés dans l'évolution de ces tumeurs.

a. Dans un premier degré, le muscle est le siège d'un gonflement local, circonscrit, qui est dû à un épanchement plastique, d'aspect grisâtre, au milieu duquel on distingue des fibres charnues intactes, ou simplement décolorées.

b. Dans un second degré, si la phlegmasie spécifique a marché lentement, la matière épanchée se ramollit, devient visqueuse et ressemble assez à une solution de gomme; si, au contraire, la marche a été plus aiguë, une véritable suppuration s'effectue au centre du muscle.

c. Dans un troisième degré, et quand la suppuration n'a pas eu lieu, la tumeur s'indure, passe successivement par les états semi-cartilagineux, cartilagineux et osseux, et finit par former une sorte d'ostéide placé dans l'épaisseur des fibres musculaires, comme un os sésamoïde dans celle des tendons.

Aucun muscle ne semble à l'abri de ce genre d'affection. Bouisson a observé des tumeurs syphilitiques dans le grand fessier, le trapèze, les sterno-mastoïdiens, le vaste externe, les jumeaux et le grand pectoral. Cependant certains organes essentiellement musculaires, tels que les lèvres et la langue, lui semblent être le siège de prédilection de ces phlegmasies spécifiques. Dans la langue, c'est à la partie centrale de la base que siège surtout l'engorgement, comme c'est aussi à la partie centrale des lèvres plutôt qu'à leur bord libre qu'on l'observe habituellement.

Par la rétraction dont elles s'accompagnent, ces tumeurs gênent les fonctions musculaires. Elles ne sont pas le siège de douleurs pulsatives comme les tumeurs inflammatoires, ni lancinantes comme les tumeurs cancéreuses. La douleur est sourde, contusive, analogue à celle de la périostose syphilitique, exaspérée par la chaleur et les temps humides. Les tumeurs sont rendues fixes ou mobiles par la contraction ou le relâchement des muscles affectés; elles deviennent aussi, par la contraction, plus résistantes et plus sensibles. Suivant leur marche, elles peuvent devenir fluctuantes ou présenter une dureté osseuse. La peau n'est ni adhérente, ni rouge, ni chaude à leur niveau, à moins que, par exception, elles ne marchent d'une manière aiguë à la suppuration.

Le *diagnostic* présente peu de difficulté, si l'on ajoute à ces signes les symptômes souvent coexistants d'une exostose, d'une périostose, d'une altération du voile du palais, d'une carie syphilitique, etc. A défaut de ces symptômes concomitants, un examen commémoratif exact suffira le plus souvent. Cependant le diagnostic devient parfois très-difficile, en raison de la diversité du siège que peuvent affecter les tumeurs syphilitiques, de sorte que telle maladie utérine, tel engorgement du col pourra bien n'avoir pour cause qu'une des tumeurs dont il s'agit. Il y a de prétendues phthisies laryngées avec aphonie, qui n'étaient dues qu'à une tumeur syphilitique du muscle thyro-aryténoïdien. Une cause iden-

tique produit un strabisme, qui n'a guéri que par un traitement antisyphilitique (Bouisson). Dans un autre cas, la nature syphilitique d'un engorgement des muscles de la région lombo-pelvienne fut démontrée par l'efficacité du traitement spécifique.

Les tendons sont, comme les muscles, le siège de ces exsudats syphilitiques. Quelquefois ils sont renflés en fuseau par de la matière plastique épanchée entre leurs fibres; d'autres fois, on constate au milieu du tendon un noyau dur, arrondi. De là des douleurs, de la gêne dans les mouvements, des rétractions tendineuses. Bouisson prétend que ces lésions, d'ailleurs assez rares, peuvent suppurer ou s'ossifier.

Le traitement est celui de la maladie générale dont l'affection musculaire n'est que l'expression, et la guérison est rapide. Les vésicatoires volants, les douches hydro-sulfureuses, l'électricité, sont des adjuvants locaux souvent utiles.

11° Des lésions syphilitiques des os et du périoste.

Ces diverses lésions comprennent l'ostéite, la carie, la nécrose; la périostose, les exostoses, et les douleurs ostéocopes.

a. **Ostéite, carie, nécrose.** — L'histoire de l'ostéite, de la carie, de la nécrose, étudiées d'une manière générale, sera complètement faite dans une autre partie de cet ouvrage, et je me bornerai à signaler ici ces affections, en donnant toutefois quelques indications sur leur siège habituel dans la syphilis et sur un de leurs caractères trop peu connu. Je parlerai un peu plus longuement des exostoses, des douleurs ostéocopes et des périostoses, qui offrent pour notre étude des particularités intéressantes.

L'ostéite affecte de préférence les os superficiellement placés. On l'observe le plus souvent sur les os de la face, du crâne, le sternum, les clavicules, le radius et le cubitus, le tibia et le péroné: c'est quelquefois la couche superficielle de l'os qui s'enflamme, et alors il y a presque toujours en même temps périostite; plus souvent l'inflammation s'empare du parenchyme de l'os, alors ce sont les couches profondes qui sont affectées.

La carie et la nécrose, comme l'ostéite, dont elles sont des terminaisons, s'observent surtout aux os de la face: on sait la fréquence de ces lésions au vomer, aux cornets, à l'ethmoïde, aux os palatins, à l'apophyse montante du maxillaire supérieur. On les a observées aux os du crâne (frontal, coronal), à la clavicule, aux côtes; enfin, on a aussi signalé des caries syphilitiques du rocher. Ces affections présentent des symptômes particuliers de voisinage bien différents, suivant leur siège; mais on ne peut pas s'y arrêter ici. Une carie et une nécrose des os du crâne à leur face interne sont, à cause de leur proximité du cerveau et de ses membranes d'enveloppe, d'un pronostic fort grave. Le diagnostic de ces affections, au point de vue de leur nature, est souvent difficile: il n'existe pas toujours de caractères spécifiques qui puissent faire distinguer une carie syphilitique d'une carie scrofuleuse; mais le plus souvent

on trouve les éléments d'un diagnostic assez certain dans le siège du mal, l'état général du malade, ses antécédents, les renseignements qu'il fournit, son âge, etc. Ce n'est qu'en tenant compte de ces diverses considérations qu'on arrivera à un diagnostic assez probable. Cependant un homme peut parfaitement avoir des antécédents de syphilis et présenter des lésions osseuses dues à la scrofule. Bazin a insisté avec raison sur l'éveil que causait aux manifestations scrofuleuses la diathèse syphilitique. Cette difficulté de diagnostic augmente encore lorsqu'il s'agit des lésions profondément situées, dans le crâne par exemple.

Le diagnostic s'établit quelquefois par le traitement; il faudrait joindre alors à l'iodure de potassium, spécifique des accidents tertiaires, un régime tonique.

Cependant, si l'on pouvait toujours examiner le contour de ces caries ou de ces nécroses superficielles des os du crâne, on trouverait une disposition qui éclairerait le diagnostic, car elle rappelle les demi-cercles de certaines syphilides annulaires ou demi-annulaires. J'ai été souvent frappé de cette disposition en examinant les caries et les nécroses syphilitiques des os du crâne que possède le musée Dupuytren, et cela m'engage à reproduire ici le dessin d'une de ces pièces (fig. 78); le frontal et certains os de la face sont parcourus par une nécrose superficielle, serpentineuse, à bords formés de demi-anneaux qui se coupent les uns les autres.



FIG. 78. — Carie et nécrose syphilitiques des os du crâne (musée Dupuytren).

b. **Périostose.** — La syphilis produit dans le tissu osseux un gonflement qui dépend ordinairement de l'os et du périoste; quelquefois cependant il ne tient qu'au périoste: c'est à ces cas qu'on a donné le nom de *périostoses*. Les périostoses ont été divisées en trois variétés: *gommeuse*, *phlegmoneuse* et *plastique*; mais ces mots ne servent qu'à désigner des phases diverses de la même affection.

1° La *périostose gommeuse* siège entre l'os et le périoste, et se présente sous la forme d'une tumeur à base fixe, plus ou moins circonscrite, arrondie et sans modification dans la coloration et la température de la peau: elle est plus ou moins fluctuante, et donne lieu à des douleurs ostéocopes. Si on l'ouvre, on voit sortir un liquide séro-albumineux semblable à de la synovie ou à une solution gommeuse; quelquefois ce liquide a un aspect blanchâtre et est plus consistant. La tumeur peut dans certains cas se terminer par résolution. Le liquide se résorbe et la tumeur disparaît. Elle finit quelquefois par suppuration, et dans ce cas elle se confond avec la forme suivante, dont il est difficile de la différencier.